



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Enfermagem

Janette Arnaldo Sousa

**ENVELHECIMENTO E MUDANÇAS CORPORAIS:
PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE SUA ATUAL SITUAÇÃO DE
VIDA**

Ceilândia
2013

JANETTE ARNALDO SOUSA

**ENVELHECIMENTO E MUDANÇAS CORPORAIS:
PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE SUA ATUAL SITUAÇÃO DE
VIDA**

Projeto de Pesquisa apresentada à Banca Examinadora da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília como exigência final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Diane Maria Scherer Kuhn Lago

Ceilândia

2013

S725e Sousa, Janette Arnaldo.

Envelhecimento e mudanças corporais: percepção dos idosos sobre sua atual situação de vida/ Janette Arnaldo Sousa. – Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

63f.:il

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2013.

Inclui apêndice

Orientação: Prof.^a Ms. Diane Maria Scherer Kuhn Lago

1. Envelhecimento 2. Mudanças corporais 3. Idoso

I. Sousa, Janette Arnaldo II. Título

CDU 616-053.9

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**ENVELHECIMENTO E MUDANÇAS CORPORAIS:
PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE SUA ATUAL SITUAÇÃO DE
VIDA**

Janette Arnaldo Sousa

BANCA EXAMINADORA

Ms. Diane Maria Scherer Kuhn Lago

Ms. Janaína Meirelles Sousa

Ms. Luciano Ramos de Lima

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Geovanete e Edimar, pelo esforço e dedicação dados a mim em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos, Erismar, Francisca e Geovanna, que suportaram meus momentos de cansaço e sempre me motivaram a continuar.

Aos meus familiares como um todo, por sempre me incentivarem a seguir nesta caminhada.

E em especial à minha tia Geusa (*in memoriam*), pessoa que mais me motivou a conseguir meus objetivos e que me ensinou a nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir a conclusão desta etapa da minha vida.

Aos meus pais, Geovanete e Edimar, minha base, nos quais posso sempre confiar e me apoiar. Obrigada por sempre me aconselharem a decidir sobre as melhores escolhas, e por me oferecerem palavras e gestos que me acalmam e me fortalecem.

Aos meus irmãos Erismar, Francisca e Geovanna, pela força que me deram a cada dia de elaboração deste trabalho, e por nunca desistirem de mim, principalmente nos momentos em que estive ausente.

A todos os meus familiares, por sempre me motivarem a seguir os meus sonhos e por me incentivarem a buscar as minhas vitórias.

À minha tia Geusa (*in memoriam*), que desde sempre me ensinou que com o estudo chegamos ao mais alto do que quisermos.

Às minhas amigas, todas elas, por sempre, em todos esses anos, me ajudarem a compartilhar os momentos de aflição e alegrias, me suportarem nos momentos mais difíceis, me entenderem nas minhas ausências, e sempre me darem força para seguir em frente.

À minha orientadora Profa. Ms. Diane Lago, por compartilhar comigo seu conhecimento e por me ajudar a concluir esta pesquisa.

E em especial aos idosos que aceitaram a compartilhar suas vivências e entendimentos sobre as suas vidas.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo e esquecer os caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia; e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Teixeira de Andrade

RESUMO

Introdução: O envelhecimento deve ser visto de forma holística e o idoso como um indivíduo. A percepção que o idoso tem sobre a vida pode variar de acordo com a sua vida pregressa. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos idosos sobre o seu processo de envelhecimento e as mudanças ocorridas. **Método:** A pesquisa é do tipo qualitativo, de corte transversal, realizada com pessoas acima de 60 anos, utilizou um questionário fechado e um questionário com perguntas abertas sobre o conhecimento em relação ao envelhecimento. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pelo método de análise de conteúdo. **Resultados:** A maioria dos entrevistados afirmou que envelhecer é difícil, devido doenças e alguns problemas físicos ou psicológicos. As mudanças corporais foram percebidas, e alguns afirmam estarem envelhecendo bem, são motivados a aprender e a aproveitar as oportunidades, e a rede social permaneceu. Enquanto outros se sentem isolados e o esquecimento é constante. Ao final da pesquisa, contradizendo a maioria dos teóricos, não foram relatados pontos positivos quanto ao envelhecimento como um todo, ficando os idosos mais voltados à religião. **Considerações:** Envelhecer muda o idoso, e cabe à família e à rede social ampará-lo, melhorando o seu envelhecimento. E cabe, também, ao profissional enfermeiro, saber lidar com este público e reconhecer suas limitações desenvolvendo atividades que melhoram sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Qualidade de vida, Percepção, Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Aging should be viewed holistically and the elderly as an individual. The perception that the elderly have on life may change based on your past life. **Objective:** To study the perception of the elderly on their aging process and the changes occurred. **Method:** The research is qualitative, cross-sectional, the study was conducted among individuals over 60 years, through a closed questionnaire and a questionnaire with open questions on knowledge about aging. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using content analysis. **Results:** The majority of respondents said that aging is complicated because some illnesses and physical or psychological problems. Bodily changes were noted, and some claim to be aging well, are motivated to learn and seize opportunities, and social network remained. While others feel isolated and forgotten is constant. At the end of the survey, contradicting most theorists, were not reported as positives to aging as a whole, leaving the elderly more attuned to religion. **Considerations:** Aging changes the elderly, and it is up to the family and social network support him, improving its aging. And it is also the professional nurse, dealing with this audience and recognize their limitations by developing activities that improve their quality of life.

Key words: Aging, Quality of life, Perception, Nursing.

SUMÁRIO

RESUMO	08
1 – INTRODUÇÃO	12
2 – OBJETIVOS	14
2.1 – Geral	14
2.2 – Específicos	14
3 – REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 – Envelhecimento Humano	15
3.2 – Qualidade de vida no envelhecimento humano	16
3.3 – Percepção sobre a velhice	17
3.4 – A enfermagem no contexto do envelhecimento	18
4 – MATERIAL E MÉTODO	23
4.1 – Delineamento	23
4.2 – Participantes	23
4.3 – Instrumentos	23
4.4 – Local de Estudo	23
4.5 – Procedimentos	24
4.6 – Questão Ética	25
5 – RESULTADOS	26
5.1 – Categorias	27
5.1.1 – Categoria 1 – Percepção sobre o envelhecimento	28
5.1.1.1 – Subcategoria 1 – Envelheci bem, de forma normal, natural	28
5.1.1.2 – Subcategoria 2 – Envelhecer é difícil	29
5.1.2 – Categoria 2 – Percepção das mudanças corporais	29
5.1.2.1 – Subcategoria 1 – Sem dores	30
5.1.2.1 – Subcategoria 2 – Presença de dores e doenças	30
5.1.3 – Categoria 3 – Alterações na saúde física	31
5.1.3.1 – Subcategoria 1 – Mudou bastante, mas vou vivendo bem	31
5.1.3.2 – Subcategoria 2 – Mais frágil, diferente, há dor	32

5.1.4 – Categoria 4 – Alterações na saúde mental	33
5.1.4.1 – Subcategoria 1 – Nada mudou após envelhecer	33
5.1.4.2 – Subcategoria 2 – Esquecimento	34
5.1.5 – Categoria 5 – O processo de aprendizagem	35
5.1.5.1 – Subcategoria 1 – Aprender continua do mesmo jeito, ou melhor	35
5.1.5.2 – Subcategoria 2 – Não aprendo mais nada	36
5.1.6 – Categoria 6 – Percepção sobre a interação social	36
5.1.6.1 – Subcategoria 1 – As amizades continuaram, ter amigos é bom	37
5.1.6.2 – Subcategoria 2 – As amizades acabaram	38
5.1.7 – Categoria 7 – Desafios da Vida	38
5.1.7.1 – Subcategoria1 – É normal, quero viver muito ainda	38
5.1.7.2 – Subcategoria 2 – Medo da morte	39
5.1.8 – Categoria 8 – Mudanças gerais do envelhecimento	40
5.1.8.1 – Subcategoria – Mudou tudo, doenças, dores	40
6 – DISCUSSÃO	42
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
APÊNDICES	53
APÊNDICE A – Questionário Sócio – Econômico	53
APÊNDICE B – Questionário sobre o contexto atual dos idosos e sobre o conhecimento dos mesmos sobre a saúde e envelhecimento	55
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	56
ANEXOS	58
ANEXO - Parecer Consubstanciado do CEP	58

1 – INTRODUÇÃO

O termo ‘envelhecimento’ é usado para reportar-se a um processo ou conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e com o passar do tempo levam a uma perda da adaptabilidade ou a deficiência funcional (SPIRDUSO, 2005). O ato de envelhecer é um processo involuntário que, com o tempo, provoca alterações celulares e nos tecidos corporais. É classificado em três aspectos: biológico, psicológico e social. Portanto, o envelhecimento deve ser visto de forma holística e o idoso como um indivíduo em todos os aspectos (SANTANA e SENA, 2002 *apud* OLIVEIRA e SANTOS, 2009).

Qualidade de vida é um termo que abrange conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se dirigem em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da diversidade cultural. A qualidade de vida é determinada como o entendimento do indivíduo em sua atual situação de vida, no âmbito da cultura e principalmente dos sistemas de valores onde vive e, também, é colocado em evidência a relação entre seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Outro ponto bastante importante é a percepção que o idoso tem sobre a sua vida, pois dependendo da sua vida pregressa ele pode desenvolver algum tipo de debilidade ou depressão. E há o outro lado, em que os idosos estão satisfeitos com a sua vida. Sendo assim, fez-se necessário observar os idosos, pois eles possuem informações únicas que não seriam relatadas por familiares ou, muito menos, observadas com a avaliação padronizada aplicada por profissional treinado no momento da coleta de dados (NERI, 2007 *apud* SILVA, 2010) (KIKUCHI, 2005 *apud* LIMA, et al. 2008).

Estudo realizado por profissionais da enfermagem sobre os idosos é uma área recente. E com o passar dos tempos, a humanização da enfermagem se tornou um foco de atenção, pois o paciente deixou de ser visto apenas como portador de uma doença ou como uma pessoa no leito e passou a ser visto como um todo e de forma individualizada. E como parte disto, tem-se a comunicação, que não significa apenas conversar com o paciente, mas usar comportamentos, gestos e linguagem corporal que transmitam ao paciente a certeza de que o enfermeiro está realmente prestando assistência. Entende-se como formas de comunicação a verbal e a não verbal (STEFANELLI, 1993 *apud* PONTES et. al., 2008).

A comunicação é a grande aliada da enfermagem, pois usa as palavras e determinados comportamentos, gestos e linguagem corporal que repassam ao paciente a certeza de que o enfermeiro presta a assistência, ou seja, a comunicação ocorre de forma simultânea em nível verbal e não verbal (ROACH, 2009; TIMBY, 2007).

A prática de ‘assistir’ ao ser humano é de grande importância para os profissionais de saúde, e os enfermeiros tem no processo de enfermagem um método de cunho sistemático e contínuo de planejamento e gerenciamento do cuidado do paciente, que visa solução de problemas. Possui cinco componentes: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Como consequência, há a individualização do paciente; e os problemas mais significativos são identificados, e as intervenções são planejadas para resolver ou diminuir esses problemas. O processo de enfermagem é definido por vários autores, como Horta (1979) e Timby (2007), com diferentes teorias e explicações.

Em consonância ao tema, Duarte (2007) afirma que a enfermagem gerontológica estuda o cuidado de enfermagem ao idoso, com o objetivo de entender o processo de envelhecimento e planejar a assistência adequada para promover a saúde. E os principais objetivos são assistir ao idoso, à sua família e à comunidade em que vivem; promover ações educativas nos três níveis de atenção à saúde e proporcionar a eles a manutenção da sua saúde.

E como instrumentos de avaliação diagnóstica da vida dos idosos estão: as avaliações funcionais, multidimensionais e globais. Cada uma com um foco e princípio diferente, mas com um propósito em comum: a identificação e tentativa de resolução dos possíveis problemas e deficiências vividos pelos idosos e todos aqueles que estão em seu convívio direto e indireto. Outra forma de avaliação bastante utilizada é a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que utiliza métodos de avaliação sistemática, e visa um tratamento e acompanhamento de longo prazo (RUBENSTEIN, 1995 *apud* PACHECO e SANTOS, 2004; MACIEL, 2002 *apud* PACHECO e SANTOS, 2004; ROACH, 2009).

Neste caso, é relevante compreender a percepção do idoso sobre o seu próprio envelhecimento e como ele vê este período de sua vida ou como integra suas vivências. Ele poderá fornecer subsídios para a compreensão do que é ser ‘idoso’, respeitando assim a individualidade, integralidade, autonomia e singularidade do ser idoso. Também informará como é o processo de senescência, contribuindo de forma efetiva no atendimento de enfermagem a este idoso.

2 – OBJETIVOS

2.1 - Geral

Conhecer a percepção dos idosos sobre o seu processo de envelhecimento e as mudanças ocorridas.

2.2 - Específicos

- Identificar a percepção dos idosos sobre o envelhecimento e as mudanças corporais;
- Analisar o conhecimento dos idosos sobre o envelhecimento humano nos domínios: físico, psicológico, cognitivo e social;
- Identificar o perfil dos idosos, os seus desafios e possíveis alterações comportamentais no envelhecimento.

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - Envelhecimento humano

O aumento acentuado da população idosa é resultado de maiores taxas de crescimento, em face da alta fecundidade que ocorreu no passado e à diminuição da mortalidade atual. Sendo assim, o envelhecimento populacional traz mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade (CAMARANO, 2002).

A Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto de Idoso e dá outras providências, e regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. E segundo ela, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social. A saúde, para a Constituição Federal de 1988, é considerada obrigação do Estado, e garante ao idoso uma proteção à sua vida e à sua saúde, juntamente com políticas de saúde pública, a permissão de um envelhecimento mais saudável e em acordo com a dignidade (BRASIL, 2003).

Como afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), a proporção de pessoas na faixa de idade de 60 anos ou mais é a que mais cresce no mundo, e entre 1970 e 2025 espera-se que haja um aumento de 223% da população mais velha. No Brasil, houve um aumento da participação das pessoas maiores de 60 anos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011) publicou uma estimativa de que a população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou a 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010.

O termo ‘envelhecimento’ é usado para reportar-se a um processo ou conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e com o passar do tempo levam a uma perda da adaptabilidade, deficiência funcional, e, finalmente, à morte (SPIRDUSO, 2005). As teorias biológicas conceituam o ato de envelhecer como um processo involuntário que, com o tempo, provoca alterações celulares e nos tecidos corporais. Já as teorias psicológicas tentam explicar o

envelhecimento em termos da função cognitiva de uma pessoa, como a inteligência, a memória e as emoções; capacidade de enfrentamento e alterações sociais (ROACH, 2009).

Para Santana e Sena (2002 *apud* Oliveira e Santos, 2009) o envelhecimento é classificado em três aspectos: biológico, psicológico e social. No primeiro é apresentada a mudança corporal do indivíduo, como rugas, branqueamento do cabelo, diminuição da estatura, modificações sensoriais, entre outros. No segundo enfoque são colocados em pauta: o medo de morrer, de ficar sozinho, de ter de lidar com as perdas biológicas e sociais. No plano do social é abordada a rejeição pelos outros na área de trabalho e, mesmo, nas relações com o outro.

De acordo com Papaléo Netto (2007), a velhice deve ser aportada da maneira mais vasta possível e percebê-la pela parte biofisiológica é desconhecer os problemas ambientais, sociais, culturais e econômicos que em maior ou menos extensão participam do processo de envelhecer. O envelhecimento deve ser visto de forma holística e o idoso como um indivíduo.

Em seu livro “As dimensões físicas do envelhecimento”, Spirduso (2005) cita o termo “expectativa de vida ativa”, descrito por Katz et al. (1983), que analisa os dados relacionados à mortalidade e à deficiência. E a expectativa de vida ativa reporta-se aos anos de vida que ainda restam a um indivíduo, sendo capaz de realizar as suas atividades básicas de vida diária (ABVDs); como: caminhar, tomar banho, vestir-se, comer, dentre outros.

Sustentar a independência pessoal e a autonomia durante o envelhecer é uma meta fundamental para indivíduos e governantes. O envelhecimento ocorre em vários contextos e envolve diversas pessoas – tais como os amigos, próximos ou não, os colegas de trabalho, os vizinhos e, principalmente, a família. Devido a isso é que tanto a interdependência quanto a solidariedade entre as mais diversas gerações são premissas para o tão discutido envelhecimento ativo (OMS, 2005).

3.2 - Qualidade de vida no envelhecimento humano

O termo qualidade de vida, para Minayo, Hartz e Buss (2000), abrange diversos significados, que atribuem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se dirigem em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da diversidade cultural.

Nos dias atuais, a qualidade de vida é determinada como o entendimento do indivíduo em sua atual situação de vida, no âmbito da cultura e principalmente dos sistemas de valores onde vive e, também, é colocada em evidência a relação entre seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Esta definição inclui seis domínios principais, são eles: saúde mental e física, independência, relacionamento social, relacionamento com o meio-ambiente e o padrão espiritual (WHO, 1995 *apud* INOUE et al., 2010).

No estudo de Fleck et al. (2003) é destacada a importância científica e social de se investigar as condições que influenciam o bem-estar no envelhecimento e os fatores que são associados à qualidade de vida de idosos, com o intuito de criar alternativas de intervenção e oferecer ações e políticas na área da saúde, tendo com objetivo criar e buscar alternativas de intervenção à população que envelhece.

Embasados em estudos gerontológicos, o bem-estar e a qualidade de vida na velhice são conceitos complexos, multifatoriais, e incluem diversas variáveis, associadas tanto às dimensões individuais quanto coletivas do ato de envelhecer (LIMA, 2008).

Assim sendo, a qualidade de vida sentença a percepção de que os indivíduos têm e se suas necessidades estão sendo cumpridas ou, ainda, que lhes estão sendo recusadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização - profissional ou pessoal - com autonomia de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998 *apud* PEREIRA et al. 2006).

3.3 - Percepção sobre a velhice

Entre os fatores que mais afetam o bem-estar das pessoas idosas, destaca-se a perda da independência ocasionada pelas doenças crônicas ou acidentes; a falta de uma rede social de apoio, amigos e familiares, e as questões econômicas, que interferem na qualidade do atendimento médico e da alimentação e no acesso às atividades de lazer (ROCHA et al. 2010).

A percepção de satisfação com a vida, em sua maioria, tende a ser vista de forma positiva entre os idosos. Em situações em que se confronta a avaliação objetiva (realizada por exames e/ou por profissionais) com a avaliação realizada pelo próprio idoso (o modo como ele se percebe), potencialmente essas dimensões se complementam e enriquecem a avaliação

objetivamente realizada, pois os idosos dispõem de informações únicas que não seriam relatadas por familiares ou, muito menos, observadas com a avaliação padronizada aplicada por profissional treinado no momento da coleta de dados (NERI, 2007 *apud* SILVA, 2010), (KIKUCHI, 2005 *apud*. LIMA, et al. 2008).

Para Sally Roach (2009), os problemas psicossociais vividos pelos idosos envolvem aspectos psicológicos e sociais. Os idosos enfrentam diversos problemas psicossociais devido às respostas emocionais que ocorrem como resultado do processo de envelhecimento normal, doenças agudas e crônicas, mudanças de papel ou *status*, problemas com moradia ou dificuldades relacionados a serviços médicos. E quaisquer destes problemas, segundo a autora, produzem estresse e podem levar a problemas psicossociais.

Com uma linha teórica diferenciada, Aranha (*apud* Papalléo Netto, 2007: p. 255), disserta o seguinte:

“O velho é sempre o outro; nunca conseguimos nos reconhecer como tal, a menos que a limitação nos encontre e nos faça encarar aquilo de que fugimos a vida toda. De uma hora para outra seremos “velho”, o tão temido “velho” e teremos de responder à difícil pergunta: “O que é ser velho?” Teremos de questionar se é possível aprender a conviver com tal condição e se não será tarde demais para tanto”.

A velhice é rodeada por momentos de reflexão, de análise, especialmente do passado que, quando não é satisfatória, pode favorecer sentimentos de rejeição e de culpa responsáveis por desenvolver muitos comprometimentos emocionais no idoso (ARANHA, 2007).

A maioria das pessoas somente busca ajuda ou tratamento após a tomada de consciência das mudanças geradas pelos efeitos físicos, psicológicos e/ou sociais resultantes do processo de envelhecimento. Quando os indivíduos não podem mais negar esses efeitos o panorama de envelhecimento passa a ser ameaçador, gerando o medo de desagregação e da desintegração. O que antes era único, integrado e suficiente, passa então a ser visto como transitório e, portanto, finito (ARANHA, 2007).

A investigação sobre o envelhecimento como fase do ciclo vital é bem desenvolvida na psicologia do envelhecimento e influenciou diversos estudos gerontológicos. Um adulto idoso que se sente satisfeito com a vida e sente que a vida vale a pena atendeu com sucesso o critério de integridade do ego, obtendo o sucesso almejado. Essa pessoa sente que, apesar de todas as decisões não terem sido ideais, as decisões tomadas foram as melhores naquele tempo e, como

consequência, tiveram bom resultados (HOCKENBURY; HOCKENBURY, 2003). A pessoa que sente que sua vida foi um fracasso e está infeliz com o resultado de sua vida está em desespero (ROACH, 2009).

Sendo assim, faz-se necessário entender e compreender a percepção dos idosos quanto ao seu próprio processo de senescência e como eles veem este período de suas vidas ou como integram a suas vivências. Estes idosos poderão fornecer subsídios para a compreensão do que é ser “idoso”, respeitando assim a individualidade, integralidade, autonomia e singularidade do ser idoso. Também informarão como se dá o processo de envelhecimento e tal entendimento poderá redimensionar intervenções nas práticas de saúde dirigida a eles e, também, propor ações mais efetivas na sociedade, conhecendo as formas de lidar com o ato de envelhecer e com as principais fontes de aflição que o ser humano idoso experimenta (LIMA; MURAI, 2005).

3.4 - A Enfermagem no contexto do envelhecimento

A relação entre enfermeiro e paciente, ao longo dos tempos, vem se modificando gradativamente. Com o processo de humanização vivenciado pela enfermagem atual, o paciente deixou de ser visto apenas como uma doença ou como um leito e passou a ser visto como um todo e de forma individualizada. Com isso, a enfermagem passou a identificar as necessidades básicas de cada paciente para poder agir sobre elas. E como forma de identificar essas necessidades, o paciente se faz sujeito ativo nesse relacionamento. Mediante os vínculos estabelecidos, o trabalho da enfermagem é otimizado e o paciente é beneficiado com isso. É pela comunicação estabelecida com o paciente, que se pode compreendê-lo holisticamente, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir (STEFANELLI, 1993 *apud* PONTES, 2008).

A comunicação é, de certa forma, o centro da enfermagem, porém comunicar-se não é apenas conversar com o paciente, e sim, usar palavras e ter determinados comportamentos, gestos e linguagem corporal que transmitam ao paciente a certeza de que o enfermeiro está realmente prestando assistência, ou seja, a comunicação ocorre simultaneamente em nível verbal e não verbal (ROACH, 2009; TIMBY, 2007).

A prática de ‘assistir’ ao ser humano envolve o homem e suas interações pessoais e ambientais, reconhecendo problemas relativos às mesmas e promovendo as intervenções

necessárias para resolver ou amenizar tais questões. E a enfermagem tem grande papel no cuidado do idoso (DUARTE, 2007).

O processo de enfermagem é um método de cunho sistemático e contínuo de planejamento e gerenciamento do cuidado do paciente. Contem cinco componentes essenciais: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Isso causa a individualização do paciente, os problemas mais significativos do paciente são identificados, e as intervenções são planejadas para resolver ou diminuir esses problemas (ROACH, 2009).

Para Carpenito-Moyet (2007), o processo de enfermagem é um método de solução de problemas. É organizado com o objetivo de auxiliar o enfermeiro a abordar de forma lógica as situações que podem causar possíveis problemas. Com isso, ele ajudará o enfermeiro a apreciar outras possibilidades e a não chegar a alguma conclusão de forma precipitada.

Já para Horta (1979), o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que visam a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. Distinguem-se seis fases ou passos. Sendo eles: o histórico de enfermagem; o diagnóstico de enfermagem; o plano assistencial; o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem; a evolução; e o prognóstico. Todos atuando no indivíduo, na família e na comunidade.

De acordo com Timby (2007), o processo de enfermagem possui sete características, que são: 1. Encontra-se no âmbito legal da enfermagem, na solução de problemas; 2. Baseia-se no conhecimento, no pensamento crítico; 3. É planejado, com etapas predefinidas e seguidas; 4. É centrado no paciente, com plano de cuidados únicos; 5. É voltado a metas, com esforços conjuntos entre equipe de enfermagem e paciente; 6. Tem prioridades, resolver primeiro problemas de saúde mais graves; 7. É dinâmico, pode mudar de acordo com a evolução do paciente.

Dentre os conceitos de Enfermagem Gerontológica, evidencia-se o de Gunter e Miller, apresentado por Duarte (2007, p.394), para as quais esta especificidade se estabelece como:

“O estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado como ciência aplicada, com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços, que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionamento da pessoa idosa.”

A avaliação diagnóstica rigorosa do indivíduo idoso constitui grande relevância na análise global para o diagnóstico de doenças eventualmente presentes e de sua capacidade funcional. Essa avaliação se aplica tanto a idosos com discretas alterações orgânicas e funcionais quanto àqueles com modificações orgânicas e funcionais acentuadas (BRITO, 2007).

Segundo Pacheco e Santos (2004), os idosos, por apresentarem características diferentes das demais faixas etárias, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa e específica, com o intuito de identificar problemas subjacentes à queixa principal. Sendo assim, faz-se necessário priorizar, no seu atendimento, a avaliação multidimensional, geriátrica abrangente ou avaliação global.

Segundo Rubenstein (1995 *apud* PACHECO; SANTOS, 2004), a avaliação multidimensional visa a desenvolver um plano abrangente para a terapia e acompanhamento em longo prazo, e constitui um diagnóstico multidisciplinar, designado para quantificar os problemas e capacidades funcionais e psicossociais de um idoso. Já para Maciel (2002, *apud* PACHECO; SANTOS, 2004), a avaliação global compreende uma forma de se avaliar o nível de saúde ou de qualidade de vida do idoso, sendo instrumento de fundamental importância para os trabalhadores de saúde que atendem aos idosos.

A avaliação funcional identifica as capacidades e as deficiências de autocuidado do idoso de forma que as necessidades combinem com os serviços. É um método sistemático de avaliar a capacidade do idoso de funcionar no seu ambiente. Há muitos instrumentos usados para avaliar a capacidade funcional da pessoa, tais como o Index de atividades diárias de Katz, o Exame do Estado Mental de Folstein, o perfil de PULSES, o Index de Barthel, o Questionário de Depressão de Beck e a Escala de Disfunção Social (ROACH, 2009).

Segundo Rubenstein (1995, *apud* PAIXÃO JR. e REICHENHEIM, 2005), o atendimento interdisciplinar e planejado promovido pela *Avaliação Geriátrica Ampla* (AGA) utiliza métodos de avaliação sistemática, e visa um tratamento e acompanhamento de longo prazo.

As áreas mais estudadas e utilizadas na AGA se referem ao estado funcional, saúde mental e funcionamento social. O estado funcional é a dimensão-base para a avaliação geriátrica, nos fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos pacientes mais idosos e frágeis. A avaliação social e cognitiva são também necessárias na avaliação geriátrica ampla. A saúde mental possui duas subdimensões importantes — cognição e humor — que também se relacionam com a avaliação do estado funcional.

E todas essas avaliações que foram criadas são de grande relevância nos dias atuais, pois com o aumento da expectativa média de vida, tem ocorrido um aumento de pessoas idosas portadoras de rápido ou lento e progressivo da limitação da capacidade funcional para realização das atividades básicas de vida diária (BRITO, 2007).

4 – MATERIAL E MÉTODO

4.1 - Delineamento

A pesquisa é do tipo qualitativo, de corte transversal. O critério de definição do tamanho da amostra foi o de saturação das informações. Procurou-se diversificar os participantes entrevistando idosos dos vários grupos de atendimento e que frequentaram as Unidades Básicas de Saúde nos dias de coleta.

4.2 - Participantes

Participaram do estudo 22 idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde nº 8 da Regional de Saúde de Ceilândia. Estes participantes foram escolhidos de forma aleatória e independente. Não sendo estipulado de início a quantidade objetiva de homens ou de mulheres.

4.3 - Instrumentos

A pesquisa foi realizada por meio de dois instrumentos, sendo um questionário fechado com perguntas sobre dados sociodemográficos (Apêndice 1) e um questionário, com perguntas abertas sobre o conhecimento em relação ao envelhecimento e às alterações que foram percebidas pelos idosos com o propósito de avaliar o perfil e o conhecimento dos mesmos sobre saúde e envelhecimento (Apêndice 2).

4.4 - Local do Estudo

A escolha do local deste estudo, se deve ao fato de fazer parte de uma Regional que envolve um quantitativo alto de atendimento em saúde.

4.5 - Procedimentos

Primeiramente, foi feito um teste piloto com um participante e este teste não foi utilizado como resultado para análise. Os instrumentos foram aplicados individualmente, na forma de questionário e entrevista aberta, no Centro de Saúde com pessoas acima de 60 anos.

As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro, nas segundas e quartas-feiras, com os idosos frequentadores do Centro de Saúde. Na primeira etapa da entrevista foi aplicado o questionário sobre os dados sociodemográficos. Nesta etapa os entrevistados ouviram as perguntas e as alternativas e responderam de acordo com a sua realidade. A segunda etapa foi composta por perguntas abertas sobre o conhecimento do idoso em relação ao envelhecimento humano, que foram gravadas, transcritas e analisadas pelo método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2004). A análise de conteúdo compreende três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, com a inferência, e a interpretação.

Na etapa de pré-análise, obtiveram-se como categorias de análise: o mapeamento dos idosos frequentadores da UBS; como eles veem o envelhecimento; as mudanças corporais ocorridas no decorrer dos últimos 20 anos; como percebem o envelhecimento em relação à parte física; como percebem o envelhecimento em relação à saúde mental; como observam o envelhecimento em relação à aprendizagem; como percebem o envelhecimento em relação à interação social; como encaram os desafios da vida atualmente; e o que eles sentem que mudou com o envelhecimento.

Para o tratamento dos dados, a técnica da análise categorial foi utilizada e, de acordo com Bardin (2004), baseou-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizou-se o seu reagrupamento em classes ou categorias e, de acordo com a necessidade, dividido em subcategorias.

Para analisar o material foi necessário codificá-lo. A codificação é uma transformação que ocorre do texto analisado. Com esta transformação, foi permitido obter uma representação do conteúdo, por meio de recorte (escolhas das unidades de análises), agrupamento (escolha das categorias) e enumeração (escolha das regras de contagem). Deste modo, a escolha de categorias foi um processo estrutural e possuiu duas etapas: o isolamento dos elementos, separando os

diferentes temas, e a classificação, que consistiu em reorganizar os temas analisados (BARDIN, 2004).

4.6 - Questão Ética

As entrevistas ocorreram somente após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS e parecer nº 143.818.

Os princípios éticos dispostos na Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados em todo o processo de pesquisa, especialmente durante a coleta de dados. Sendo que, para tanto, os idosos foram informados sobre o objetivo e a importância do trabalho de conclusão de curso, de que estavam livres para aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1) que foi entregue no momento imediatamente anterior à realização da entrevista.

5 – RESULTADOS

Participaram do estudo 22 idosos, com idade média de 69 anos, variando entre 60 e 79 anos.

Os dados apresentados na Tabela 1 integram informações relevantes acerca da amostra composta predominantemente por mulher.

Tabela 1. Características dos idosos frequentadores da Unidade Básica de Saúde.

	M	F	Total
Características	%	%	%
Casados (as)	50	31	41
Separados (as)	33	25	27
Solteiros (as)	-	12	9
Viúvos (as)	17	31	22
Católicos (as)	83	50	59
Evangélicos (as)	-	37	27
Testemunha de Jeová	-	6	4
Deus	17	6	9
Moram apenas com esposo (a)	33	12	22
Moram com esposo (a) e filhos (as)	16	18	18
Moram apenas com filhos (as)	33	25	27
Moram sozinhos (as)	16	25	22
Têm filhos	100	87	91
Aposentados	67	69	63
Possuem renda média menor que 1 salário-mínimo	16	-	4
Possuem renda média de 1 a 2 salários-mínimos	50	62	59
Possuem renda média de 2 a 5 salários-mínimos	-	25	22
Possuem renda média de 5 a 10 salários-mínimos	16	12	13
Estudaram o ensino fundamental incompleto	50	37	41
Estudaram o ensino fundamental completo	33	6	13
Estudaram o ensino médio completo	-	25	18

Não estudaram nenhum ano da vida	-	31	18
Não sabe ler e escrever	16	6	9
São sustentados pela família	16	6	9
Trabalha e é responsável pelo próprio sustento	-	6	4
Aposentado e responsável apenas pelo próprio sustento	33	25	27
Trabalha, é responsável pelo próprio sustento e contribui no sustento da família	-	6	4
Aposentado, é responsável pelo próprio sustento e contribui no sustento da família	33	25	27
Aposentado e principal responsável pelo sustento da família	-	6	4
Famílias com 1 contribuinte para a renda	66	43	50
Famílias com 2 contribuinte para a renda	33	43	32
Famílias com 3 contribuinte para a renda	16	12	9

Ao analisar as histórias de vida, as entrevistas foram divididas em categorias e subcategorias lidas e relidas diversas vezes no intuito de esgotar as unidades de significado. Após esta análise, foram descritos trechos de histórias de vida que pertenciam às diferentes unidades de significado.

A análise de dados iniciou-se logo após a transcrição das entrevistas. Assim, foram classificadas de acordo com as unidades de significado, buscando-se, na análise do material, encontrar o significado nas falas, de acordo com o contexto social, histórico e cultural, de forma que houvesse uma melhor compreensão do mundo no qual os entrevistados estavam inseridos, evidenciando as suas principais vivências e percepções.

O relato das entrevistas e suas interpretações posteriores, por unidades de significados, surgiram através das perguntas feitas e das respostas com maiores proximidades de sentido, tendo como destaque oito categorias, sendo: 1. Percepção sobre o envelhecimento; 2. Percepção sobre as mudanças corporais; 3. Alterações na saúde física; 4. Alterações na saúde mental; 5. O processo de aprendizagem; 6. Percepção sobre a interação social; 7. Desafios da vida; 8. Mudanças gerais do envelhecimento.

5.1 – Categorias

5.1.1 - Categoria 1 - Percepção sobre o envelhecimento

A percepção do idoso sobre o seu próprio envelhecimento e como ele vê este período de sua vida ou como integra suas vivências são importantes para as futuras abordagens sobre ele, pois fornece subsídios para a compreensão do que é ser ‘idoso’, respeitando assim a sua individualidade, integralidade, autonomia e singularidade. Nesta categoria o idoso discorreu sobre o que significa de fato envelhecer para ele, as suas perspectivas e ideias sobre a sua nova vida.

5.1.1.1 – Subcategoria 1- Envelheci bem, de forma normal, natural

Para alguns idosos, envelhecer foi considerado normal, natural. Envelheceu bem. Neste sentido, o fato de não ter alguma doença é algo de grande importância, pois a qualidade de vida desta população limita-se, em alguns casos, à sua saúde. Assim, estão satisfeitos com a sua velhice e com o decorrer das suas vidas. Tendo como exemplos as seguintes frases:

Bem! Bem muito... Se não fosse a doença ‘tava’ melhor ainda... (EE);

Uai, eu vejo bem, porque ‘num’ tem diferença de assim, porque eu ‘num’ tenho doença nenhuma... Então eu envelheci bem! Eu ‘num’ vejo essa diferença (EJ);

Foi natural! Eu não tive nada, graças a Deus... Eu vejo naturalmente... Uhum! (EM);

Minha vida tem sido boa!... E... o mais é só alegria (ET).

Assim, o fato de não estar doente é algo de grande relevância para esta população, pois sabe-se que, ao envelhecer, o corpo passa a funcionar de forma lenta, e o idoso se vê mais propício a doenças, sejam elas físicas ou neurodegenerativas.

5.1.1.2 – Subcategoria 2 - Envelhecer é difícil

No decorrer das entrevistas, o que mais chamou a atenção foi o fato de os idosos, em sua maioria, queixarem-se da sua velhice, considerando-a difícil, tornando esta uma subcategoria, como nos exemplos a seguir:

Um pouco difícil... Vejo as coisas a cada dia que passa pior (EA);

De muito sofrimento, né? Sofrendo, 'trabaiando' e pra viver foi ali muito difícil (ED);

Eu 'to' envelhecendo mal... Perdendo muita coisa boa da vida que eu podia ter se eu tivesse condições né de participar de uma academia... (EL);

Eu acho que assim... O tempo bom é mais novo... Na velhice não é nada bom (ES).

Para estes idosos, envelhecer foi algo difícil. A falta de perspectiva quanto ao futuro também é relatado. Não ter estudado, para alguns, é um grande dificultador da velhice, pois com o passar dos anos aprender torna-se algo distante, e isso prejudica o desenvolvimento. As atividades físicas também são relatadas, sendo de grande importância na saúde deste idoso, que vê na academia uma forma de melhorar sua velhice.

5.1.2 - Categoria 2 – Percepção das mudanças corporais

O envelhecimento, em seu entendimento total, é caracterizado, na visão do idoso, como uma gradual mudança corporal, com o surgimento das rugas, os cabelos brancos, as possíveis fraquezas motoras e dificuldades em determinadas tarefas do cotidiano, modificações sensoriais, entre outros. No segundo enfoque são colocados em pauta: o medo de morrer, de ficar sozinho, de ter de lidar com as perdas biológicas e sociais. No plano do social é abordada a rejeição pelos outros na área de trabalho e, mesmo, nas relações com o outro.

5.1.2.1 – Subcategoria 1 - Sem dores

Nesta subcategoria, os idosos afirmam que continuam a viver sem dores ou outros problemas físicos. A atividade física relatada pelos entrevistados confirma estes benefícios, pois há interação entre estes idosos, e os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), em especial os enfermeiros, responsáveis pelas atividades corporais da UBS. Aqui os idosos afirmam estarem envelhecendo bem.

'Num' tomo comprimido, né? 'Num' vou em médico assim, 'num' tem dor na perna, 'num' tem dor na cabeça, 'num' tem dor em lugar nenhum (EJ);

Porque eu sou assim, eu sou alegre, eu sou contente, venho aqui fazer ginástica no posto, eu sou uma pessoa, eu caminho, eu 'num' sou assim, uma pessoa despreparada não (ES).

Não ter dor ou uma doença, mais uma vez, é a medida de satisfação de vida do idoso, pois ao manter-se saudável, e fazendo atividades físicas, este idoso se sente realizado e disposto a enfrentar os desafios advindos da velhice.

5.1.2.2 – Subcategoria 2 - Presença de dores e doenças

Nesta subcategoria há controvérsias, pois os idosos afirmam viver bem, mas, ao mesmo tempo, as suas queixas sobre sua atual situação de vida os deixam mais descontentes, principalmente ao se tratar de problemas como a dor, doenças recentes. Percebe-se isso nos seguintes relatos:

Se não fosse o problema no meu joelho, da osteoporose, 'tava' andando do mesmo jeito também (EG);

Só que eu sinto muita dor nos braços, é essas coisas nos ossos que gente velho sente mesmo né? (risos) Mas pra mim se não fosse isso eu era 'novona' mesmo (EK);

Aí a situação piorou porque tirou 'um rins', eu fiz operação do esôfago tem dois anos, então mudou muito, porque depois que eu operei do esôfago bateu refluxo de esôfago, então mudou muito porque apareceu uma série de doenças de vinte anos pra cá! (EQ);

Nesse tempo 'todim' só me vi doente uma vez! E já foi agora recente, né? (ET).

Nestas frases, evidencia-se a doença como principal queixa do idoso. Ao envelhecer, ele passa a ter mais comorbidades, e isso faz com que ele se sinta desmotivado ou enfraquecido. Assim, estar doente ou não é um quesito que pontua uma velhice satisfatória ou não para este idoso, sendo ele vítima, em sua maioria, dos agravos advindos da velhice.

5.1.3 - Categoria 3 - Alterações na saúde física

Esta categoria ressalta a importância da saúde física como reflexo do “estar bem”.

5.1.3.1 – Subcategoria 1 - Mudou bastante, mas vou vivendo bem

Nesta subcategoria o idoso se vê mudado, diferente, porém, essas mudanças não são empecilhos ou tão debilitantes que eles não possam manter a sua rotina ou bem estar. Da mesma forma, associam a sua qualidade de vida ao fato de não terem doenças, sendo estas formas de nivelamento entre uma vida saudável ou uma vida com certas enfermidades. Isso é percebido nas seguintes frases:

Eu gosto muito de me divertir, dançar... Eu gosto!... Ligo o som e olha, é temperando a panela e dançando! O som ligado e eu dançando, sou desse jeito! (EU);

Olha, eu acho que pra mim, 'tá' bem!... Dou conta de andar... Dou conta de fazer meu 'comerzinho', me banhar, conhecer os filhos... To envelhecendo bem, eu acho que to envelhecendo bem, graças a Deus!" (EP);

Eu nunca cai uma queda... Eu me acho muito forte... Tem dia que você 'ta' meio assim, todo mundo, até o novo cansa, né?... Tem aquela vontade de dormir mais, né? (ES);

Você sabe que entrou pra velhice, vai caindo!... Mas pela minha idade, eu me sinto bem, né?... Bem, graças a Deus (ET).

Nesta categoria, volta-se à doença como parâmetro para a satisfação, ou seja, se o idoso não se encontra doente quer dizer que ele está feliz. Mesmo com as dificuldades que chegaram com a velhice, ele continua vivendo e lidando com essas novas dificuldades sem desanimar. Divertir-se, dançar, ter familiares em sua rede social é um grande divisor entre o estar bem e a tristeza, pois ao estar cercado de pessoas, o idoso percebe que ainda faz parte de sua família ou sociedade. Outro ponto importante é a comparação feita com a pessoa mais jovem, e ao ver que sua vida não foi prejudicada por envelhecer ele não se sente tão velho ou tão doente.

5.1.3.2 – Subcategoria 2 - Mais frágil, diferente, há dor

O idoso sabe e percebe, que, ao envelhecer as suas forças tentem a diminuir, e algumas doenças tendem a ocorrer. Assim, eles tendem a se adaptar a estas mudanças, ou se queixam e procurar ajuda para combatê-las. Isso é percebido nas seguintes frases:

Ainda é pior ainda... A gente doente, né... Os ossos 'tão' fraco... Eu sinto dor demais nos ossos, no corpo... Sente dor demais... E eu caí mais, eu cai queda demais (EC);

Pra mim foi 'mais ruim' porque eu era sadio e depois adoeci e operei, é... então pra mim foi 'mais ruim' né?... Quando eu trabalhava era 'mais melhor'... Então não é bom (ED);

O corpo 'num' 'ta' bom porque eu tenho marca passo... Esse não é envelhecimento... Então esse é que eu tenho muito cuidado... Eu 'num' posso pegar muito peso, mas o resto ta tudo certo (ER).

Queixas importantes como dores e sequelas decorrentes de quedas são comuns em idosos, isso se complica caso este idoso viva sozinho, sem amparo familiar ou comunitário. A fraqueza, a falta de disposição por causa de doenças e o entristecimento por estar doente também são umas das principais reclamações do idoso.

5.1.4 - Categoria 4 – Alterações na saúde mental

Ao envelhecer, são aumentadas as chances do idoso desenvolver distúrbios mentais, que podem ocorrer devido a vários fatores psicossociais que os predispõem a estas doenças, como o passar dos anos, também por vivenciarem perdas significativas caracterizadas por declínio de saúde, redução do funcionamento cognitivo, perda da autonomia, perda de papéis sociais, viuvez, morte dos amigos e parentes, isolamento social, restrições financeiras devido à aposentadoria, entre outras. Estas perdas trazem prejuízo à autoestima ou até mesmo acarretam crise. Assim, a forma com que o idoso enfrentar estas perdas depende de seus recursos internos e pessoais e de uma rede social de apoio.

5.1.4.1 – Subcategoria 1 - Nada mudou após envelhecer

Aqui, os entrevistados não se queixam de mudanças mentais ao envelhecer, alguns até mesmo se surpreendem pelo fato de que associam velhice a esquecimento ou problemas mentais, isso é percebido nos seguintes trechos:

Boa! Ótima! Que pra isso 'num' tem problema (EE);

Não, 'ta' normal, porque é difícil eu esquecer as coisas. Tudo é no certo, onde eu 'boto' eu acho, é! (EG);

A pessoa que fica velha fica doente da mente? Ta sendo tudinho do mesmo jeito! (EI);

Boa! Eu até lembro de coisa de quando eu era criança... Quando a gente fica velho, que ta meio perdido, a gente não lembra de nada, né? (risos) (ET).

Então, para estes idosos, envelhecer não é um problema ou uma complicação, é apenas uma continuação de suas vidas.

5.1.4.2 – Subcategoria 2 - Esquecimento

Nesta subcategoria, esquecer-se de algo foi a maior queixa relatada pelos entrevistados, eles são conscientes de que com o passar dos anos a mente começa a decair e esquecer passa a ser uma rotina em suas vidas, e em alguns casos, o esquecimento é associado a outras doenças ou a uso de remédios. Isso é percebido nas frases:

A parte mental não 'ta' muito boa... (risos)... Eu esqueço das coisas mais do que tudo!... Eu 'to' aí muito esquecida das coisas (EH);

Eu às vezes até esqueço né?... Também eu tive aquela é... labirintite, né?... Faz a gente esquecer um pouco das coisas né?... Não esquecida de tudo... Então aquilo ali é esquecimento né (EK);

Eu sou muito ruim... Olha, eu me perco nessa rua!... Oh meu Deus, para onde eu vou. Para onde eu vou?... Aí eu fico caçando, aí se eu vejo uma pessoa conhecida eu digo, oh mulher eu to perdida, aí a pessoa vai me deixar na minha filha... Aí eu to tomando medicamento pra isso (EU).

Para o idoso, o esquecimento está associado a outros fatores e não só a velhice. As doenças neurodegenerativas como o Alzheimer são constantes em idosos, sendo necessário um olhar diferente para este idoso.

5.1.5 - Categoria 5 – O processo de aprendizagem

A aprendizagem é um fenômeno central no processo de existência de todo ser humano. O ato de aprender se dá com a convivência em sociedade, com as mudanças que ocorreram com o decorrer dos anos, fazendo com que o idoso seja parte atuante das novas formas de conhecimento. Assim, ele se torna apto para desfrutar das possibilidades da vida que estão ao seu redor. Para o idoso, em especial, há um processo constante de mudança, ele tem que se manter atualizado, adequando-se às novas vertentes do conhecimento e posição social que ele possui.

5.1.5.1 – Subcategoria 1- Aprender continua do mesmo jeito, ou melhor

Nesta subcategoria, devido a forma de vida que estes idosos levam, envelhecer não foi um problema quanto a aprender algo, pois em sua maioria, eles se mostraram interessados a aprender algo, ou se não aprenderam é porque não houve interesse em específico por parte deles mesmos. Isso é percebido nas seguintes frases:

Nós que estamos aqui no posto é muito bom!... Eu toda vida fui prevenida... Então pra mim foi ótimo (EM);

Ah, já aprendi muitas coisas, depois que eu fiquei assim idoso (EI);

Tudo que eu vejo e quero aprender eu aprendo. Eu aprendi bordar, aprendi costurar, aprendi... faço coisas lindas!... Mas tem dia que eu canso mesmo (EJ);

De aprender alguma coisa? Eu aprendo minha filha... Nós aprende tudo aqui (ES).

Esta nova percepção do aprender que o idoso adquiriu com o passar dos anos apenas o beneficiou, pois agora ele se vê motivado a aprender. E, com o acompanhamento dos profissionais de saúde, este idoso tende a ter uma boa velhice.

5.1.5.2 – Subcategoria 2 - Não aprendo mais nada

Já nesta subcategoria, as queixas feitas pelos idosos de não mais aprenderem são recorrentes, também, da vida pregressa dos mesmos, pois alguns afirmam que a dificuldade em aprender vem desde a juventude, já outros relatam que ao envelhecer não há mais necessidade de aprender, então aprender ou não, em alguns casos torna-se relativo. Isso é comprovado nas seguintes respostas:

Não aprendo nada! (risos)... Parece que passou uma borracha, e esqueci tudo, tudo, tudo!... Parece que apagou tida a minha mente... Apagou toda a minha mente... Eu num enxergo, e nem gravo as coisas. Não consigo! (EH);

Só que a mente 'num' ajuda, 'num' guarda, né?... 'Num' fixa muita coisa na mente, não... Sempre esquece, né (EN);

É muito ruim pra aprender quem toma muito remédio por causa do esquecimento... Eu tenho um esquecimento muito grande... Eu acho que mudou totalmente de 20 anos pra cá, mudou tudo... Muito remédio (EQ).

Alguns idosos afirmam que querem voltar a estudar. Significa dizer que idoso, hoje, é consciente de suas capacidades e vontades, e estudar é uma forma de manter-se ativo, presente na sociedade. Outro ponto relevante é a consciência deste idoso em saber que já fez muito e que agora ele pretende apenas descansar. Há também quem afirma que o esquecimento prejudicou a aprendizagem, e o uso de remédios para a melhora da memória é relatado, como forma compensatória para o esquecimento.

5.1.6 - Categoria 6 - Percepção sobre a interação social

A interação entre as pessoas está em constante mudança e, para o idoso isso é de grande importância, pois ao envelhecer, ele se percebe sozinho, na maioria das vezes, tornando-se deprimido ou esquecido de si mesmo. Em contrapartida, ele se vê rodeado de familiares e amigos cultivados durante toda a vida. Estes dois extremos são o que mais acometem a velhice, e cabe a todos ao redor, parentes ou não, ajudarem este idoso, evitando assim, futuras depressões ou isolamentos sociais.

5.1.6.1 – Subcategoria 1 - As amizades continuaram, ter amigos é bom

Esta categoria, em contrapartida ao que se mostra cotidianamente, foi a que mais surpreendeu, pois os entrevistados se mostraram contentes com o seu ciclo de amizades, afirmando estarem sempre rodeados de pessoas, tantos familiares quanto amigos, dos tempos de mocidade quanto dos que conheceram após envelhecer. Diferentemente das outras subcategorias, esta foi a que eles mais se mostraram contentes e realizados, fato este que se contrapõe ao noticiado diariamente. Isso é evidenciado nas seguintes entrevistas:

Bem demais... Melhor do que isso eu não quero... Eu acho que ninguém tem a sorte que eu tive com relacionamento a vizinho (EE);

Ótima! E adoro!... Eu gosto muito de conversar, eu gosto muito de gente, gosto muito de amigo, gosto muito de gente lá na minha casa, gosto de fazer amigo, na parada, dentro do ônibus... (EJ);

Num tem nada com timidez comigo não!... Se chega uma pessoa, ou duas, ou três, já 'tamo' rindo, 'tamo' brincando, a minha vida é essa... Eu 'num' tenho intrigado na minha vida... Todo mundo gosta de mim. Meus filhos me amam! Me ama! Meu neto me ama! (ES);

Essa disponibilidade do idoso é sua característica, pois há uma maior necessidade em querer pessoas por perto. Isso é bastante importante, pois ele se sente participante da sociedade. E, como isso, os riscos de isolamento social e/ou depressão diminuem. Porém há um risco, ele fica mais propício a golpes feitos por pessoas mal-intencionadas, aumentando assim a observação das pessoas mais próximas do convívio social deste idoso.

5.1.6.2 – Subcategoria 2 - As amizades acabaram

Em contrapartida, nesta subcategoria, as queixas foram evidentes. Para alguns, envelhecer é perder as amizades, momento de não ter mais amigos, pois, para eles, algumas pessoas não se sentem bem ao seu lado, evitando, assim, o contato direto com eles. Tendo como exemplo:

Vai acabando tudo!... Eu vivia muito no meio do povo, na sociedade e hoje em dia é... eu vivo mais sozinha... Hoje em dia 'as pessoa' num tem mais aquele interesse pelas pessoas mais velhas... Aí você tem que aceitar que... que isso vai acontecer... Interagir com a sociedade (EL);

Olha, é meio difícil... Tem muita gente que não gosta... Nem de se comunicar com gente de idade... Num gosta de velho... Muita gente diz assim: Ah, não gosto de velho! (EP).

Estar recluso da sociedade é algo preocupante, pois este idoso ao se sentir sozinho está mais propício à doenças, como a depressão, que atinge grande percentual da população idosa, principalmente por ele se encontrar isolado, sem apoio familiar e de amigos.

5.1.7 - Categoria 7 - Desafios da Vida

Para o idoso, que já teve várias vivências, algumas preocupações são percebidas, principalmente o que vem após envelhecer, pelo fato de que se aumentou a expectativa de vida. A vida social deste idoso é também um foco de preocupação, pois as chances dele se encontrar abandonado aumentam a cada ano a mais de vida vivido, isso acontece principalmente devido o alto índice de demências que surgem com o passar dos anos destes idosos. Assim, um dos

grandes desafios da vida deste idoso é lutar contra o isolamento e não depender de outros para sobreviver.

5.1.7.1 – Subcategoria 1 - É normal, quero viver muito ainda

Nesta subcategoria, o idoso se mostra esperançoso quanto à sua velhice, ainda faz planos, ou até mesmo não os faz, mas tem a certeza de que quer viver a cada dia mais e melhor, sem depender de outras pessoas para realizar as suas atividades diárias. Isso é visto nos trechos:

Eu vou pensar no dia de amanhã, nada!... Não adianta a gente pensar no dia de amanhã não!... Vamos viver hoje!... E o a amanhã só a Deus pertence!... Você ta viva hoje, amanhã você ta morta (ES);

Ah, normalmente, assim... Como Deus quer, como eu... como eu... Como o corpo físico pede, aguenta, né... Eu sou tolerante a situação (EC);

Normal... O que vier a gente tem que ta pronta, né... Depois que eu comecei a servir a Deus foi muito bom pra mim, sabe?... Porque eu sou uma pessoa mais forte, de enfrentar e aceitar as coisas que vem, sabe? (EL).

Assim, envelhecer bem significa se sentir útil e disposto. Trabalhar, estar ativo profissionalmente, faz com que o idoso se sinta participante da sociedade. Saber viver, conviver, como citado, também é relevante, pois o dia de amanhã é incerto, mesmo para os idosos, que sabem que a finitude é algo evidente. O idoso, nestes casos, se conforma com a situação atual, e faz do apego religioso um alicerce para superar as suas dificuldades.

5.1.7.2 – Subcategoria 2: Medo da morte

Já nesta subcategoria, o medo da morte é algo que concretiza a finitude da vida, pois mesmo com todo o aumento da expectativa de vida, sabe-se que em algum momento a morte acontece, e isso, para muitos, é algo que assusta e os coloca a pensar sobre como quer continuar vivendo e como deve fazer para se manter. Estes trechos são os que mais explicitam isto:

É esquisitão... E se bem mesmo eu não tiver pensando no bem eu estrago a mim mesmo... A partir que a mente vai embora, aí já se acaba tudo, aí não tem como agir (EF);

Essa fase tem que encará-la do jeito que 'tá'... É medo, medo de morrer, medo de andar por aí... Encarar 'os malas' (ER);

Tem que ter muito cuidado na vida... Saio olhando de um canto pra outro, muito assustada, eu fico arrebatada os documentos, e fora isso, pra mim a vida tá boa... (EQ).

Este medo da morte, com o passar dos anos, torna-se mais presente a cada dia que se passa e isso pode desanimar o idoso, podendo ele deixar de aproveitar certos momentos da velhice por medo da morte. E o medo de ser agredido ou, de acordo com os relatos, ser assaltado, também remetem medo ao idoso.

5.1.8 - Categoria 8 – Mudanças gerais do envelhecimento

Envelhecer e mudar são coisas que andam juntas, pois o próprio corpo vai tornando-se mais lento, e as atividades diárias também, ocorrem os esquecimentos, a vida sozinho ou mais completa, com mais pessoas ao redor, então, ao envelhecer, existem duas possibilidades mais evidentes: ficar sozinho ou rodeado de pessoas, e isso com o passar dos anos é de grande importância para uma qualidade de vida adequada deste idoso.

5.1.8.1 – Subcategoria - Mudou tudo, doenças, dores

Ao envelhecer, é sabido que praticamente tudo muda, seja pelas doenças, ou pelas novas percepções de vida que são adquiridas ao ficar mais velho. Assim, o idoso se percebe, como na maioria das respostas à entrevista, mais doente, com menos força, mais enfraquecido, então o que resta é aceitar e esperar que as coisas melhorem. Desta forma, as partes das entrevistas que mais evidenciam isto, são:

Mudou muita coisa, viu?... Mudou as amizades, mudou a vida da gente, que a gente 'num' é mais a mesma coisa... Eu 'num' tenho mais coragem de sair e me envolver num bar, numa festa, nem nada... O meu divertimento é uma festa em família e só... Então é isso pra mim que faz muita diferença, né? (EL);

Só doença mesmo, porque eu 'num' tinha enfermidade nenhuma e depois que fiquei idosa né... Aí começou as doenças, as enfermidades, essas doenças dos ossos (EI);

Mudou os valores né... Pessoas quando fica velha passa a valer menos... Fica com menos valor (EN);

Eu gostava muito de namorar e hoje 'num' tem mais jeito namorar... 'Num' dou mais conta de fazer nada (risos) entendeu? Então muda muita coisa, com a idade da gente muda muita coisa.... 'Num' tenho mais condições, entendeu? (ER).

Este desânimo, a falta de estímulo, a ausência de força, com o passar dos anos, acompanham o idoso, tornando-o retraído e excluído socialmente. As dores corporais, fraquezas, as mudanças das perdas fazem com que alguns idosos se apeguem à religião para adquirir força e resistência para enfrentar esta nova fase de sua vida. Há uma nova forma de ver a vida, aqueles que possuem uma boa rede social conseguem ver nestas mudanças pontos positivos, tais como a proximidade com a família. Esta queixa de não valer mais, como se ao envelhecer as pessoas não mais se importassem com eles é um importante ponto levantado por um entrevistado, sendo esta uma forma de avaliar o relacionamento dos mais jovens com os idosos. E um relatado foi a impossibilidade de atividades sexuais, por não mais “dar conta” de fazer isso.

6 – DISCUSSÃO

Para o idoso, perceber o envelhecimento é algo difícil, em sua maioria está associado ao fato de estar mais propenso a doenças, sendo estas mais frequentes. Ao contrário do discutido pelos teóricos, a maioria dos idosos entrevistados afirmou que envelhecer é difícil, principalmente por ter a doença e alguns problemas físicos ou psicológicos associados. Este pensamento contrapõe-se ao citado por Neri (2007 *apud* SILVA, 2010) e Kikuchi (2005 *apud* LIMA, 2008), que afirmam que, em sua maioria, o idoso vê a sua velhice de forma positiva, estando ele satisfeito com o que aconteceu em sua vida. E a minoria que afirmou que envelhecer não foi um problema associou o fato de não ter doenças ou estar doente como um parâmetro avaliativo para afirmar que a sua velhice está ocorrendo de forma satisfatória.

Os idosos entrevistados perceberam as mudanças corporais ocorridas no decorrer dos tempos, sendo que para alguns idosos a velhice não veio com dores ou doenças e eles afirmam estarem envelhecendo bem, confirmando assim, um dos três aspectos classificados por Santana e Sena (2002 *apud* OLIVEIRA e SANTOS, 2009), que é o biológico, no qual afirmam que as mudanças corporais representam umas das principais evidências do envelhecimento. Já outros idosos reclamaram do início das doenças e das dores provocadas pelas mesmas, podendo esta situação de vida ser importante quanto ao cuidado consigo mesmo, pois segundo Neri (2007 *apud* SILVA et al. 2010), este idoso está em constante mudança, devendo participar da vida em sociedade e ter mais atenção consigo mesmo.

Quanto ao idoso, participante da pesquisa, que no decorrer das perguntas, alegou estar bem fisicamente a não ter dores ou doenças. Em contrapartida, alguns idosos afirmam que com a velhice vieram as dores, as fragilidades, as dificuldades, as fragilidades, e como cita Rocha et. al. (2010), o bem-estar deste idoso é comprometido pelas doenças ou acidentes.

O processo de senescência do idoso foi, em muitos casos, uma reclamação constante, pois ao envelhecer há o comprometimento físico, em específico, fazendo com que o idoso, em

alguns casos, permaneça excluído socialmente. E cabe à enfermagem individualizar o atendimento a este idoso, priorizando a humanização do atendimento, mediante os vínculos criados entre os participantes e os profissionais, como cita Stefanelli (1993 *apud* PONTES et. al., 2008), pois na Unidade Básica de Saúde – UBS, é papel do enfermeiro criar e manter as atividades diárias que são realizadas com os idosos.

Envelhecer, para o idoso, pode ser um desafio, pois não há apenas mudanças corporais, como afirma Aranha (2007), mas também, mudanças psicológicas e neurológicas e estas passaram a ser um das grandes preocupações quanto ao envelhecer saudável. Carpenito-Moyet (2007) relatam que o enfermeiro da UBS é auxiliado pelo processo de enfermagem, com o objetivo de resolver os problemas citados pelos idosos, evitando, assim, futuros problemas que podem surgir ao envelhecer.

Alguns idosos não perceberam mudança na sua saúde mental após a velhice, alguns até se surpreendem ao comparar o envelhecer com o esquecimento, situação eles se encontram mais comunicativos. Porém, segundo Charchat-Fichman et al. (2005), mesmo no envelhecimento normal, pode haver perdas cognitivas que se iniciam por prejuízos nos processos de memória. Já para outros idosos, a reclamação por esquecer tudo é constante, e percebe-se mais esta queixa nos entrevistados viúvos, independentemente de morarem sozinhos ou não. Isto é motivo de preocupação, pois doenças neurodegenerativas são evidenciadas nesta fase da vida, exemplo disso é a Doença de Alzheimer que, segundo Brasil (2010), é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.

Em conjunto com a saúde mental, o idoso se mostra motivado a aprender e a aproveitar, em muitos casos, as oportunidades que não teve enquanto mais jovem. Este envelhecimento com qualidade, como citado pela OMS (2005), é sustentado pela independência e autonomia do idoso, envolvendo várias pessoas, sejam elas profissionais da saúde, de escolas, e até mesmo da comunidade como um todo.

Em oposição, o idoso afirma não mais aprender, seja por não ter oportunidades, seja por não querer mais, afirmando que já passou da época de querer aprender algo. Isso evidencia uma parcela da população idosa que apenas quer descansar, não quer desenvolver mais compromissos.

É papel fundamental da enfermagem, ao realizar as atividades diárias de interação com os idosos, perceber através da comunicação verbal ou não-verbal usada por eles, como afirmam Roach (2005) e Timby (2007), estas possíveis mudanças ocorridas ao redor dos mesmos, diminuindo, assim, os possíveis isolamentos sociais. E, para os idosos, a sua rede social permaneceu a mesma ou aumentou, principalmente pelas novas atividades realizadas por eles, tendo como principal, a frequência nas atividades propiciadas ou acompanhadas pela UBS por eles frequentada, importando apenas o vínculo desenvolvido e mantido por ele.

Em contrapartida, alguns idosos se sentem isolados, reclamando da distância percebida por eles em relação às outras pessoas. O seu isolamento é algo que os entristecem e os desmotivam. Alguns se sentem sozinhos ou não percebidos, provocando os medos de lidar com essas perdas sociais no envelhecimento, conforme já descrito por Roach (2009).

O idoso, em sua totalidade, já viveu bastante, ele sabe o que lhe fez bem e o que lhe fez mal, e o seu futuro é algo que o faz pensar. Assim, para alguns idosos não há o medo comum da morte, para eles, deve-se aproveitar sempre a vida e as oportunidades por ela oferecidas, preocupar-se com o futuro é algo que não cabe a eles, sendo evidente a percepção religiosa dos entrevistados. Porém, para alguns idosos, envelhecer significa uma aproximação da sua finitude, e isso os preocupa, afirmando o medo da morte como uma preocupação. Aqui os idosos afirmam, seguindo a teoria de Santana e Sena (2002 *apud* OLIVEIRA e SANTOS, 2009), que temem a morte, temem ficar sozinhos. Assim, é necessário que este idoso tenha um bom acompanhamento familiar e social, evitando possíveis isolamentos ou reclusões.

Ao final da pesquisa, contradizendo a maioria dos teóricos, não foram relatados pontos positivos quanto ao envelhecimento como um todo, e foi percebida uma certa divergência, pois a maioria dos entrevistados que afirmaram estar com uma melhor interação social, referente à ‘Categoria 6 – Percepção sobre a interação social’, foram os mesmos que afirmaram não perceber pontos positivos ao envelhecer.

Assim, o idoso prende-se à religião e como forma de conseguir suportar as suas dificuldades. A família também é de grande importância para o bom envelhecimento deste idoso, que, ao se ver cercado de familiares e amigos, consegue suportar as dificuldades vindas junto com a velhice. Assim, para a enfermagem gerontológica, assistir a este idoso, à sua família, e à comunidade, acompanhada de ações educativas que mostrem a eles os benefícios de envelhecer

de forma saudável são prioritárias para a promoção do autocuidado e grande mantenedor da saúde desta nova geração de idosos (DUARTE, 2007).

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das falas dos idosos possibilitou um melhor esclarecimento sobre eles, sendo esta uma população que cresce a cada dia e que apesar das suas peculiaridades, são influentes e despertam o interesse dos profissionais de saúde, em especial enfermeiros, que buscam nas atividades proporcionadas pela equipe da Unidade Básica de Saúde, desenvolver um envelhecimento mais saudável e acompanhado de cuidados com a velhice, sendo motivadores de mais pesquisas científicas para melhorar o futuro em relação à saúde física e mental e as interações sociais.

Os entrevistados, em sua maioria mulheres, falaram abertamente sobre suas vivências, depositando sua confiança ao relatar pensamentos e atitudes que em alguns casos nem mesmo seus familiares sabiam. A entrevista, para alguns, serviu como forma de desabafo para seus pensamentos e queixas, sendo que ao final disseram se sentir mais leves e descontraídos.

A pesquisa, desenvolvida, no período de aproximadamente dois meses, através das entrevistas com as informações fornecidas pelos idosos, buscou unir suas percepções com as teorias propostas por diversos autores, e com o papel do enfermeiro neste processo de senescência.

As mudanças culturais foram importantes para o novo conceito de ser idoso na atualidade, pois ele se vê como participante do seu próprio processo de mudanças, não sendo apenas mais um aposentando, ele se percebe enquanto cidadão e exige seus direitos e sabem os seus deveres políticos e sociais. Neste caso, percebem certas dificuldades que começam com o seu envelhecimento, como o distanciamento das pessoas.

As mudanças positivas citadas por alguns idosos foram de que nada mudou após envelhecer, ou seja, poucas foram as mudanças, e não houve doenças que os debilitassem, a ponto de isolarem-se socialmente ou apresentarem dores que os impedissem de realizarem as suas atividades diárias, sendo estes idosos prevenidos quanto a sua saúde. E este idoso é participativo e atuante, a sua convivência familiar é satisfatória, as suas amizades permaneceram, ou aumentaram e, através de suas atividades físicas realizadas UBS ou fora dela, ele permanece saudável e sem limitações mais graves que o impeça de aproveitar a velhice.

Dentre as mudanças negativas mais relatadas pelos idosos, as que mais tiveram relatos foram as modificações do corpo, como a fragilidade, a dor e o esquecimento, ou seja, como é sabido, a velhice trás certas limitações que, para alguns idosos, é mais debilitante, e isso interfere

em como o idoso vê e avalia o seu envelhecimento, neste caso, apontando principalmente os pontos negativos de envelhecer.

A fragilidade e a dor se configuram com o processo físico de envelhecer. O corpo, com o passar dos anos, passa por mudanças que serão permanentes e tendem a agravar a partir do próprio envelhecimento. Estas modificações passam a ser causadoras de possíveis isolamentos sociais vivenciadas pelos mesmos, pois ao sentirem-se fracos ou indispostos, passam a evitar este tipo de problema, fazendo o contrário da nova terceira idade, que se encontra atuante e ativa. Estas dores ao redor do corpo são consequências das formas de vida que estes idosos tiveram no decorrer dos tempos. Porém isso não é um determinante para o futuro do idoso.

O esquecimento foi uma das principais queixas, alguns idosos associam esquecer com doenças, medicamentos, formas de vida. Mas independentemente dos causadores, todos devem ter um maior cuidado com este idoso, pois, como citado por um participante, em alguns momentos via-se sozinha, sem saber onde estava, padecendo da ajuda de conhecidos ou desconhecidos para ir ao lugar pretendido. Este idoso é um potente alvo de situações de risco, devendo ele andar sempre com algum acompanhante.

Assim, apesar de todos os pontos negativos apresentados por muitos dos idosos, envelhecer não é algo amedrontador, pois o idoso vê o seu envelhecimento como um processo natural da vida. Alguns preferem apegarem-se à religião como forma compensatória para enfrentar alguns problemas por eles vividos. Pensar no futuro para estes idosos é algo incerto ou específico, ou seja, enquanto alguns não querem pensar no futuro, outros já têm medo da morte, tendo eles a certeza de que a cada dia que passa, ela está mais presente. Viver o presente para eles é de relevante importância, pois agora eles se veem valorizados e percebidos socialmente, fazendo com que a vontade de viver seja mais expressiva que as comorbidades que eles adquiriram com o passar dos anos.

E para o profissional enfermeiro, em especial para o que trabalha na atenção básica, saber lidar com este público e reconhecer suas limitações e entendimentos é fundamental para um bom trabalho na melhora da qualidade de vida e na manutenção de boas condições psicológicas e sociais destes idosos, que em muitas situações são pessoas sozinhas ou que não possuem uma rede social ampla e acolhedora. O idoso passa a ter consciência dos seus direitos e deveres na sociedade e, como afirmam alguns entrevistados, a sociedade e a cultura estão

mudando de forma acelerada e eles acompanham estas mudanças, aliando ao novo suas experiências de vida, aprendizados e conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANHA, V. C. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo/SP. Editora Atheneu. 2007. 255 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70. 2004.

BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em < http://www.comprev.org.br/banco_imagens/estatutodoidoso.pdf >. Acesso em: 29 abr. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas**. Comunicação Social 29 de abril de 2011. Disponível a partir do < http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1 >. Acesso em: 01 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa–CONEP. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 491**, de 23 de setembro de 2010. Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRITO, F. C.; NUNES, M. I.; YUASO, D. R. Multidimensionalidade em gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo/SP. Editora Atheneu. 2007.

CAMARANO, A. A.; et al. **Envelhecimento da população Brasileira: uma contribuição Demográfica**. IPEA, jan. 2002. Disponível em < http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf >. Acesso em: 15 ago. 2012.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica**. 12. ed. São Paulo/SP. Editora Artmed, 2007.

CHARCHAT-F, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva Durante o Envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.27, n. 1, março de 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164462005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2012.<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000100017>.

DUARTE, Y. A. O. Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo/SP. Editora Atheneu. 2007.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: Método e Resultados de Grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 6, dezembro de 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25set. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000600016>.

HORTA, W. A., como colaboração de Brigitta E. P. Castellano. **Processo de Enfermagem**. São Paulo – SC, Editora EPU, 1979.

HOCKENBURY, D. H.; HOCKENBURY, S. E. **Descobrimos a Psicologia**. São Paulo. Editora Manole. 2003.

KIKUCHI, E. L.; Auto avaliação da saúde. In: JACOB FILHO, W. (Ed.). **Avaliação global do idoso**: manual da Liga de Gamia. São Paulo: Atheneu, 2005. p.25-31. In: LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832008000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400010>.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400010>.

LIMA, C. K. G.; MURAI, H. C. **Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento**. Rev Enferm UNISA. 2005. Disponível em < <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-03.pdf> >. Acesso em: 15 jul. 2012.

MACIEL, A. Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico. Rio de Janeiro/RJ. Revinter, 2002. In: PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jul. 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde:. Hum debate necessario **Ciênc.. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

NERI, A. L.; Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas/SP. Editora Alínea. 2007. 13-59. In: SILVA, H.S.; LIMA, A. M. M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde:

aproximações e perspectivas. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop3510.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. 60p.: il. 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de La salud: glosario. Ginebra: OMS; 1998. In: PEREIRA, R.J.; et al . Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, Apr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2012.

PACHECO, R O.; SANTOS, S. S. C.. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2012.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed., rev e ampl. São Paulo. Ed. Atheneu. 2007.

ROACH, S. S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Tradução Ivone Evangelhista Cabral, Marcia Tereza Luz Lisboa. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2009.

ROCHA, S. V. et. al. Qualidade de vida entre mulheres participantes de grupos de convivência. **Rev. APS, Juiz de Fora**, v. 13, n. 3. 2010. 352-356 p. Disponível em <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.aps.ufjf.br%2Findex.php%2Faps%2Farticle%2Fdownload%2F773%2F347&ei=BdPiUYOUDIa2qAG6zIDgBA&usg=AFQjCNEunDVt7yAveuxcr928IUkXbgFt dA>>. Acesso em: 04 jun. 2012.

RUBENSTEIN, L. Z. Instrumento de avaliação. In: ABRAMS, W. B.; BERKOW, R.; FLETCHER A. J. (eds). *Manual Merck de Geriatria*. São Paulo/SP. Roca, 1995. 180-185 p. In: PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2012.

RUBENSTEIN, L. Z.; WIELAND, D.; BERNABEI, R. Geriatric assessment technology: state of the art. Milano: Editrice Kurtis; 1995. In: PAIXAO JR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma Revisão sobre Instrumentos de avaliação funcional do Estado do Idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 21, n. 1, fevereiro de 2005. Disponível a partir do

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>.

SANTANA, H. B.; SENA, K. L. **Repensando a 3ª idade: um novo olhar sobre o envelhecer**. Recife: UFPE, 2002. In: OLIVEIRA, S. C. F.; SANTOS, G. L. G. Construção sócio-histórica e midiática da velhice. RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 3. 2009. 422-428 p. Disponível em <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.upf.br%2Fseer%2Findex.php%2Frbceh%2Farticle%2Fdownload%2F169%2F823&ei=t9XiUb3IJ4nurQHevoCwAQ&usg=AFQjCNHSqW0rMUhMGQ9a5J_Tdx fZr5odtg>. Acesso em: 14 jun. 2012.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Tradução Paula Bernardi, revisão científica Cássio Mascarenhas e Robert Pires. Barueri/SP. Editora Manole. 2005.

STEFANELLI, M. C. Comunicação com paciente – teoria e ensino. 2. ed. São Paulo/SP. Robe Editorial. 1993. In: PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação Terapêutica los Enfermagem:. Instrumento essencial faça Cuidado **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v 61, n. 3, junho de 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. Tradução: Margarita Ana Rubin Unicovsky. 8. ed. Porto Alegre/RS. Editora Artmed, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. In: INOUE, K. et al. Percepções de Suporte familiares e Qualidade de Vida Entre Idosos Segundo a vulnerabilidade social. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.23, n. 3, de 2010. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722010000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário Sócio – Econômico

A seguir o senhor(a) preencherá um formulário sócio-econômico. Caso se sinta incomodado (a) em responder alguma (s) pergunta (s) do questionário, marque as alternativas de não declaração, mas não deixe de responder com sinceridade.

1. Sexo:

() Masculino () Feminino

2. Idade: _____ Anos completos.

3. Estado Civil:

() Solteiro(a) () Separado(a)

() Viúvo(a) () Casado(a)

() Vivo com companheiro (a)

4. Estado de origem: _____ e Município de origem: _____

5. Em seu município de origem você morava na região:

() Urbana (cidade)

() Rural (fazenda, sítio, chácara, aldeia, vila agrícola, etc.)

6. Município em que mora hoje:

7. Qual a religião do senhor(a):

8. Com quem o senhor(a) mora?

() Esposo(a) () Companheiro (a)

() Filhos () Parentes

() Amigos () Outros

() Empregados domésticos

() (ou) Sozinho(a)

9. O senhor(a) tem filhos?

() Não () Sim

10. Quantos filhos nascidos vivos o senhor(a) teve no total?

() Nenhum () Um

() Dois () Três

() Quatro () Cinco

() Mais. Quantos ao todo? _____

() Não sei

11. Qual é o trabalho ou ocupação principal do senhor(a)? _____

12. Qual é a renda familiar mensal do (a) senhor (a)?

() Menos de 1 salário mínimo

- ☐ De um a dois salários mínimos
- ☐ De dois a cinco salários mínimos
- ☐ De cinco a dez salários mínimos
- ☐ Prefiro não declarar

13. O senhor(a) estudou até que série/ano?

- ☐ Ensino fundamental incompleto
- ☐ Ensino fundamental completo
- ☐ Ensino médio incompleto
- ☐ Ensino médio completo
- ☐ Ensino superior incompleto
- ☐ Ensino superior completo
- ☐ Não estudou nenhum ano
- ☐ Não sabe ler e escrever

14. Qual a participação do senhor (a) na vida econômica do grupo familiar?

- ☐ Não trabalho e não tenho renda. Sou sustentado por minha família ou outras pessoas
- ☐ Trabalho e sou sustentado parcialmente por minha família ou outras pessoas
- ☐ Sou aposentado e sou sustentado parcialmente por minha família ou outras pessoas
- ☐ Trabalho e sou responsável apenas por meu próprio sustento
- ☐ Sou aposentado e sou responsável apenas por meu próprio sustento

- ☐ Trabalho e sou responsável por meu próprio sustento e ainda contribuo parcialmente para o sustento da família
- ☐ Sou aposentado e sou responsável por meu próprio sustento e ainda contribuo parcialmente para o sustento da família
- ☐ Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família
- ☐ Sou aposentado e sou o principal responsável pelo sustento da família
- ☐ Outra situação.

Descreva _____

15. Quantas pessoas (contando com o senhor (a)) contribuem para a renda da sua família?

- ☐ Uma ☐ Duas
- ☐ Três ☐ Quatro
- ☐ Cinco ☐ Seis
- ☐ Mais. Quantas? ____

16. Quantas pessoas (contando com o senhor(a)) vivem da renda da sua família?

- ☐ Uma ☐ Duas
- ☐ Três ☐ Quatro
- ☐ Cinco ☐ Seis
- ☐ Mais. Quantas? ____

APÊNDICE B - Questionário sobre o contexto atual dos idosos e sobre o conhecimento dos mesmos sobre a saúde e envelhecimento.

1. Como o(a) senhor(a) vê o envelhecimento e as mudanças corporais ocorridas no decorrer dos últimos 20 anos da sua vida?
2. Como o(a) senhor(a) analisa o seu envelhecimento em relação à parte física?
3. Como o(a) senhor(a) analisa o seu envelhecimento em relação à parte mental?
4. Como o(a) senhor(a) analisa o seu envelhecimento em relação a aprendizagem?
5. Como o(a) senhor(a) analisa o seu envelhecimento em relação à interação social?
6. Como o(a) senhor(a) encara os desafios da sua vida atualmente?
7. O que o(a) senhor(a) sente que mudou com o envelhecimento?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do trabalho de conclusão de curso: **Envelhecimento e mudanças corporais: percepção dos idosos sobre sua atual situação de vida.** O objetivo deste trabalho é: identificar os conhecimentos dos idosos que frequentam o Centro de Saúde nº 8 sobre o envelhecimento humano e sobre as modificações percebidas com o decorrer da velhice.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será por meio da entrega de uma entrevista onde o (a) senhor (a) responderá um questionário para o levantamento do perfil sócio demográfico e outro com a intenção de avaliar o conhecimento específico sobre o envelhecimento humano. O tempo previsto para a realização da entrevista é de 30 minutos, porém, será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo.

Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa por favor entre em contato com a pesquisadora responsável, a professora Diane Maria Scherer Kuhn Lago, que pode ser encontrada na Faculdade de Ceilândia, endereço: QNN 14, área especial, s/n. Guariroba, Ceilândia Sul ou pelos telefones: 61. 3107 8419 ou 8138 0348. Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o COMITÊ de ÉTICA em Pesquisa – CEP da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF no endereço

SMHN – Q.03 – Conjunto A Bloco 1 – Edifício FEPECS – Brasília-DF Telefone: (061) 3325-4955 e email: cepsesdf@saude.df.gov.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o (a) senhor (a).

Nome / assinatura

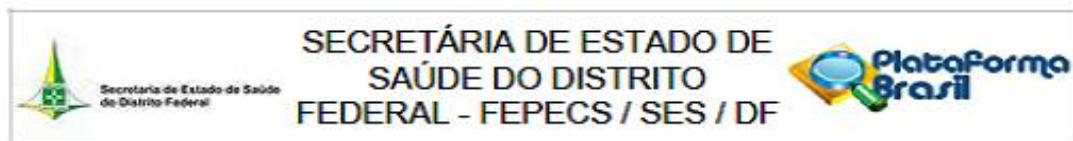
Pesquisadora Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXOS

ANEXO - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECIMENTO E MUDANÇAS CORPORAIS: PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE SUA ATUAL SITUAÇÃO DE VIDA

Pesquisador: DIANE MARIA SCHERER KUHN LAGO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05197812.2.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Saúde do Distrito federal - Regional de Saúde de Ceilândia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 143.818

Data da Relatoria: 05/11/2012

Apresentação do Projeto:

O estudo aborda a compreensão do idoso sobre o processo de envelhecimento como subsídio para reestruturação da assistência à saúde sobretudo da enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção dos idosos sobre o seu processo de envelhecimento e as mudanças corporais ocorridas; os benefícios e malefícios do envelhecer; as suas dificuldades; os preconceitos sofridos e identificar possíveis alterações comportamentais relacionadas ao processo do envelhecer.

Objetivos Secundários:

Identificar a percepção dos idosos sobre o envelhecimento e as mudanças corporais; Analisar o conhecimento dos idosos sobre o envelhecimento humano nos domínios: físico, psicológico, cognitivo e social;

Avaliar o perfil dos idosos, os seus desafios e possíveis alterações comportamentais no envelhecimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos para os entrevistados.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br